

Литература

1. Еришов Ф.И., Чижов Н.П. Лечение вирусных инфекций. // Клинич. фармакология и терапия. 1995. №4. С. 75–78.
2. Кузьмин В. Н., Музыкантова В. С., Семенова Т. Б., Ильенко Л. Н. Герпетическая инфекция в акушерстве и перинатологии. М., 1999. С. 27.
3. Руитер А., Тин Р.Н. Генитальный герпес. Принципы фармакотерапии. // Заболевания, передаваемые половым путем. 1995. № 1. С. 11–17.
4. Рымашевский Н.В., Крыжановская И.О., Лебеденко Е.Ю., Голуб С.Н., Меньшикова Е.В. Опыт клинического применения препарата «Бетадин» (EGIS) для коррекции влагалищных дисбиозов у пациенток репродуктивного возраста. // Вестник. 2000, № 1. С. 113–115.
5. Самородинова Л.А., Тищенко М.С. Внутриматочные инфекции: Учебное пособие / ПетрГУ. Петрозаводск. 2000. С. 28–35.
6. Kawara R. et al. Inactivation of human viruses by povidone-iodine in comparison with other antiseptics. // Dermatology, 1997. Suppl 2: 29–35
7. Socal D.C, Hermonat P.L. Inactivation of papillomavirus by low concentration of povidone-iodine. // Sex transmissions diseases, 1995, Jan-Feb; 22(1): 22–4.

А.В. Сукало

1-я кафедра детских болезней
Белорусского государственного
медицинского университета,
г. Минск

Опыт использования мегакара (ампициллин+ флуклоксациллин) в педиатрической практике

Настоящее сообщение посвящено оценке клинической эффективности мегакара при микробно-воспалительных заболеваниях ротоглотки (тонзиллит, фарингит) и дыхательных путей (бронхит, трахеит). Проведенное клиническое исследование показало высокую эффективность препарата в лечении бактериальных заболеваний ротоглотки и дыхательных путей в детском возрасте.

М е г а к а р – комбинированный препарат, содержащий флуклоксациллин натрия и ампициллина тригидрат, предназначенный для перорального приема.

Флуклоксациллин – полусинтетический антибиотик из группы пенициллинов, действует бактерицидно; активен в отношении грамположительных и грамотрицательных микроорганизмов, продуцирующих пенициллиназу; кислотоустойчив.

Ампициллин – антибиотик широкого спектра действия из группы полусинтетических пенициллинов. Действует бактерицидно, подавляя синтез клеточной стенки бактерий. Активен в отношении грамположительных, грамотрицательных и аэробных неспорообразующих бактерий. Ампициллин разрушается под действием пенициллиназы; кислотоустойчив. После приема внутрь хорошо всасывается из желудочно-кишечного тракта, распределяется в большинстве органов и тка-

ней. Выводится ампициллин преимущественно в неизменном виде почками, лишь 10% метаболизируется в печени. В крови 18–30% ампициллина связано с белками плазмы. Период полувыведения – 1,1 часа.

Комбинация этих двух антибиотиков усиливает антибактериальный эффект путем действия против микроорганизмов, продуцирующих пенициллиназу. Мегакар используется в двух формах: в виде суспензии «Мегакар-форте», содержащей в 1 мл 25 мг флуклоксациллина и 250 мг ампициллина; в капсулах «Мегакар» – по 250 мг флуклоксациллина и ампициллина и «Мегакар-форте» – 500 мг ампициллина и 250 мг флуклоксациллина.

В предыдущих исследованиях нами изучены эффективность мегакара для лечения инфекций мочевых путей (А.В. Сукало, Е.С. Зайцева, 2001). Показаны хорошие результаты применения препарата при минимальных побочных действиях.

Настоящее сообщение посвящено оценке клинической эффективности мегакара при микробно-воспалительных заболеваниях ротоглотки (тонзиллит, фарингит) и дыхательных путей (бронхит, трахеит).

Нами наблюдалось 24 ребенка в возрасте от 3 до 14 лет. У 14 из них воспалительные явления отмечались со стороны горла и глотки (тонзиллит, фарингит). 8 детей страдали острым бронхитом, у 2 диагностирован трахеит. Основным средством этиотропной терапии у всех наблюдаемых пациентов был мегакар.

Клинически оценивалась динамика обратного развития основных симптомов. Для тонзиллита и фарингита типичны першение и боль в горле при глотании, гиперемия слизистой оболочки миндалин, регионарный лимфаденит.

Частыми признаками являются гнусавость голоса, гиперсаливация, обложенность языка. Утомляемость, вялость, неприятный запах изо рта – менее частые и специфичные симптомы тонзиллита и фарингита. Основным симптомом острого бронхита – кашель, вначале сухой, становящийся через 1-2 дня влажным с увеличивающимся количеством мокроты. При трахеите отмечаются также чувство давления и боли за грудиной. Во сне нередко появляются свистящие хрипы на выдохе без признаков обструкции. Умеренно повышается температура. Мокрота чаще слизистая, со 2-й недели приобретает зеленоватый цвет из-за примеси фибрина. При бронхите выслушиваются также диффузные сухие средне- и крупнопузырчатые хрипы, меняющиеся при кашле.

Мегакар в комплексном лечении вышеуказанных заболеваний назначался эмпирически в дозах, рекомендованных заводом-изготовителем.

Из 14 детей, получавших препарат по поводу бактериальных поражений горла и глотки, у 12 имел место четкий положительный эффект. Типичные жалобы исчезали на 3-4 день лечения. В эти же самые сроки или на 1-2

дня позже купировались регионарный лимфаденит и гиперемия слизистой миндалин. Рекомендуемая продолжительность курса лечения в таких случаях составляет 6-7 дней. Из побочных явлений в этой группе детей отмечались рвота у одного пациента и нежелание принимать суспензию мегакара у одного больного по вкусовым ощущениям.

У всех детей с бронхитом и трахеитом препарат показал достаточную клиническую эффективность.

Основные признаки заболевания исчезали на 8-9 день лечения, температура нормализовалась к 5-6 дню. Из побочных явлений отмечалась аллергическая сыпь у одного пациента, прошедшая после отмены препарата. Других осложнений при приеме мегакара в наших клинических наблюдениях не отмечено.

Таким образом, клинические исследования показали высокую эффективность препарата в лечении бактериальных заболеваний ротоглотки и дыхательных путей в детском возрасте.

Мегакар хорошо переносится, побочные эффекты достаточно редки и не выражены.

Препарат выпускается в удобной для применения в педиатрии форме (не только капсулы, но и суспензия), относительно недорог.

Все вышеизложенное позволяет рекомендовать препарат «Мегакар» производства фирмы «Фармакар» для применения в педиатрической практике.

**В.Л.Силява, О.Л.Тишкевич,
Е.В.Малышева, А.Б.Жабинская**

Центр вспомогательной репродукции
«ЭМБРИО», Белорусская медицинская
академия последипломного
образования МЗ РБ, г. Минск

Опыт применения рекомбинантного ФСГ в программах ЭКО и ЭКО+ИКСИ

Представлены данные сравнительного анализа эффективности двух препаратов гонадотропинов (ЧМГ и рекФСГ), применяемых в программах вспомогательной репродукции. Получены данные о преимуществе рекомбинантного ФСГ.

Согласно оценкам специалистов примерно 15-20% супружеских пар в развитых странах сталкиваются с проблемой бесплодия на разных этапах репродуктивного периода в своей жизни.

Цель медицински индуцированного зачатия состоит в устранении барьеров, препятствующих контакту сперматозоидов и яйцеклеток у бесплодных супружеских пар. Историю данного метода можно проследить до первых попыток оплодотворить яйцеклетку вне организма человека. С конца пятидесятих годов прошлого века человеческие менопаузальные гонадотропины (ЧМГ) завоевали лидирующее положение при лечении как мужского, так и женского бесплодия. В 1957 г. Gemzell и соавт. сообщили об индуцировании овуляции гонадотропинами человека, а в 1962 г. Grooke и соавт. сообщили о наступлении беременности после лечения фолликулостимулирующим